

ANMELDUNG VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Das Formular «**Ärztliches Zeugnis über Arbeitsunfähigkeit**» lassen Sie bitte von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen und retournieren.

ADRESSE

Generali Personenversicherungen AG
Herr Dr. med. Didier Lohner
Abteilung LP-NBC-C
Postfach 1040
8134 Adliswil 1

Das Formular «**Anmeldung für Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit**» sowie die Vollmacht wollen Sie uns bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet retournieren.

Bitte vergessen Sie die Beilagen gemäss Anmeldeformular nicht. Insbesondere bitten wir Sie auch, uns eine Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) von Ihnen zuzustellen.

ADRESSE

Generali Personenversicherungen AG
Abteilung LP-NBC-C
Soodmattenstrasse 2
8134 Adliswil 1

Ärztliches Zeugnis über Arbeitsunfähigkeit zuhanden der beratenden Ärztin/des beratenden Arztes der Lebensversicherer

Policen-Nr.:

Beginn Arbeitsunfähigkeit:

Krankheit Unfall

1. PATIENT

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Adresse:

2. BERUF

Ausgeübte(er) Beruf(e):

Arbeitspensum:

 Std./Tag Tag/Woche

Angestellt Selbständig ohne Erwerbstätigkeit

3. BEHANDLUNG

Ambulante Behandlung durch Sie seit wann? bis?

Vor Ihnen durch (Name, Adresse, Fachrichtung und Zeitdauer):

Nach Ihnen durch (Name, Adresse, Fachrichtung und Zeitdauer):

Stationäre Behandlung/Kur:

Wo?

Von wann bis wann?

Falls Operation, welche?

Wann und wo?

4. ANAMNESE

a) Wann und wie hat sich das Leiden erstmals manifestiert?

b) Subjektive Angaben des Patienten:

c) War der Patient wegen dieses Leidens schon früher in Behandlung?

Ja Nein

Falls ja, wo?

Wann?

d) Bisherige Therapien:

e) Bestehen frühere Erkrankungen und/oder Unfallfolgen?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Seit wann?

Wer war der behandelnde Arzt/Spital?

Beeinflussen sie den Heilungsverlauf?

Ja Nein

Falls ja, inwiefern?

5. OBJEKTIVE BEFUNDE

Untersuchungen, bildgebende Befunde, Abklärungen und Austrittsberichte (bitte Kopien beilegen):

Welche?

Datum?

6. DIAGNOSE(N): ICD-CODE UND ALLFÄLLIGE DIFFERENZIALDIAGNOSE(N):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Objektive Einschränkung bei den gegenwärtigen Tätigkeiten:

7. ANDERE FAKTOREN

Gibt es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen können
(z. B. berufliches Umfeld, soziale Umstände, Arbeitsweg, Sucht)?

Ja Nein

Falls ja, welche?

8. THERAPIE

a) Gegenwärtige Behandlung und Medikation (einschliesslich Dosis):

b) Prozedere/Vorschläge (bildgebende Diagnostik, fachärztliche Untersuchung, Behandlungen, usw.):

c) Prognose:

9. ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Zumutbare Belastbarkeit (% der üblichen Belastung):	Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Std./Tag):	AUF in %:	Arbeitsunfähigkeit von:	Arbeitsunfähigkeit bis:

Arbeitswiederaufnahme: geplant ab: zu Std./Tag

voraussichtlich in: Wochen zu Std./Tag

10. REINTEGRATION

a) Kommt eine andere zumutbare Arbeit/Tätigkeit in Frage? Ja Nein

Falls ja, welche und in welchem Umfang?

b) Wird eine neue Arbeit/Tätigkeit bereits ausgeübt? Ja Nein

Falls ja, welche?

c) Gibt es Einschränkungen in der neuen Arbeit/Tätigkeit? Ja Nein

Falls ja, welche?

d) Besteht aus medizinischer Sicht eine Einschränkung beim Führen eines Fahrzeuges? Ja Nein

Falls ja, welche?

11. KONSULTATIONEN

Datum der letzten Konsultation

Datum der nächsten Konsultation

12. ANDERE VERSICHERER

Sind weitere Leistungsträger beteiligt (Unfallversicherer, Krankentaggeldversicherer, IV, MV, usw.)? Ja Nein

Falls ja, welche?

13. BEMERKUNGEN

Ort und Datum:

Anschrift des Arztes/der Ärztin:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin:

Bitte retournieren Sie dieses Formular an folgende Adresse:

Generali Personenversicherungen AG
Herr Dr. med. Didier Lohner
Abteilung LP-NBC-C
Postfach 1040
8134 Adliswil 1

ANMELDUNG VON LEISTUNGEN BEI ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Generali Personenversicherungen AG
New Business & Claims
Soodmattenstrasse 2
Postfach 1040, 8134 Adliswil 1

VERSICHERTE PERSON

Policennummer(n)

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geburtsland

Alle Nationalitäten

Adresse

E-Mail

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Telefon Mobile

AHV-Nr.

WOHIN ZAHLEN?

Auf Post/ Bankkonto Nr.

Name/Adresse der Post/Bank

IBAN

Konto lautend auf
(Name und Adresse)

Bitte beachten Sie, dass Zahlungen an eine andere Person als den Versicherungsnehmer nicht möglich sind. Ausnahme: Konti, bei welchen der Versicherungsnehmer einer von 2 Kontoinhabern ist*.

* sofern es sich um ein solches Konto handelt, benötigen wir vom 2. Kontoinhaber ebenfalls eine Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) und die Angaben zu Geburtsland und allen Nationalitäten.

1. A) BERUFLICHE AKTIVITÄTEN

Vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erwerbstätig zu (in %)

<input type="checkbox"/> angestellt seit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> selbständig seit <input type="text"/>
Arbeitgeber <input type="text"/>	Firma <input type="text"/>
<input type="text"/>	Anzahl Mitarbeiter <input type="text"/>

Erlerner Beruf

Beruf vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit

1. B) BESCHREIBUNGEN DER AKTIVITÄTEN VOR EINTRITT DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Körperlich/handwerklich	<input type="text"/>	in <input type="text"/> %
	<input type="text"/>	in <input type="text"/> %
Administrativ/intellektuell	<input type="text"/>	in <input type="text"/> %
	<input type="text"/>	in <input type="text"/> %
Andere	<input type="text"/>	in <input type="text"/> %

2. GRUND DER LEISTUNGSANMELDUNG (FÜR ERGÄNZENDE/AUSFÜHRLICHERE ANGABEN VERWENDEN SIE BITTE EIN ZUSATZBLATT)

Unfall

a) Art der Verletzung

b) Wann erfolgte die 1. Arztkonsultation?

c) Zeit und Ort des Unfalles?

d) Wie hat sich der Unfall zugetragen?

Krankheit

a) Diagnose

b) Wann erfolgte die 1. Arztkonsultation?

c) Verlauf

d) Beginn

e) Sind Sie schon früher wegen der gleichen Krankheit/Unfall behandelt worden? Ja Nein

Wenn ja, von bis

Bitte Name/Adresse der damals behandelnden Ärzte angeben

3. SIND SIE BEIM FÜHREN EINES FAHRZEUGES EINGESCHRÄNKT? Ja Nein

4. AUSMASS UND DAUER DER ARBEITUNFÄHIGKEIT

% von bis

% von bis

% von bis

VOLLMACHT

Policennummer:

Abteilung:

LP-NBC-C

Versicherte Person:

Das Datenschutzgesetz sieht eine Informationspflicht beim Beschaffen von besonders schützenswerten Personendaten vor. Dabei ist insbesondere auch auf den Zweck der Bearbeitung hinzuweisen. Für die Bearbeitung dieser Personendaten ist die ausdrückliche Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

Damit wir die zur Prüfung und Abklärung der versicherten Leistungen notwendigen Unterlagen beschaffen können, bitten wir Sie diese Vollmacht unterzeichnet zurückzusenden.

Generali Personenversicherungen AG verpflichtet sich, die auf diese Art erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Im Rahmen der Prüfung dieses Dossiers, insbesondere zur Abklärung der Leistungspflicht, ist die Gesellschaft berechtigt, die persönlichen Daten des/r Unterzeichnenden zu bearbeiten.

Der/die Unterzeichnende entbindet hiermit Spitäler, Ärzte, Psychologen, Therapeuten; Personen mit einer medizinischen Ausbildung, welche mit der ärztlichen Betreuung/Behandlung der versicherten Person beauftragt sind, und entsprechendes Hilfspersonal; Krankenkassen, Kranken- und Unfallversicherungen, SUVA, AHV- und IV-Stellen; Lebensversicherungen und Pensionskassen, Rückversicherer und sonstige Dritte (z.B. Arbeitgeber), **die im Zusammenhang mit dem eingetretenen Ereignis Auskünfte erteilen können**, von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Generali Personenversicherungen AG und ermächtigt sie, ihr diejenigen Auskünfte zu erteilen und ihr Einsicht in die Akten sowie die Informationen über Vorbescheide und Verfügungen zu gewähren, die sie für die Prüfung des Dossiers, im speziellen zur Abklärung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen, benötigt.

Ich ermächtige zudem die Generali Personenversicherungen AG Daten und medizinische Unterlagen im erforderlichen Umfang an andere Versicherer, Rückversicherer oder Gutachter weiterzuleiten sowie von diesen oder Dritten Auskünfte einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift